



訪問診療の現状と訪問栄養指導への期待

医療法人社団満寿会 鶴ヶ島在宅医療診療所

小川越史



鶴ヶ島市について（概要）



人口 69,940人
 敷地面積 17.65 km²
 人口密度 3,967人/km²（全国市町村93位）



「ツ」「ル」を
かたどった市章



市のイメージマーク



イメージキャラ
「つるゴン」

ゆるキャラグラン
プリ2020 第三位！



知る人ぞ知る「竜神ビール」



1600年頃から行っている
4年に一度の脚折雨乞行事



なぜ今、在宅医療なのか



日本は世界最速の高齢化社会へ

- 2025年：団塊の世代がすべて75歳以上に
- 2040年：高齢化率35%超（3人に1人が高齢者）
- 医療・介護需要の急増に対し、病院や医療人材だけでは支えきれない
- 国策として「地域包括ケアシステム」の構築が推進中

図1-1-2 高齢化の推移と将来推計

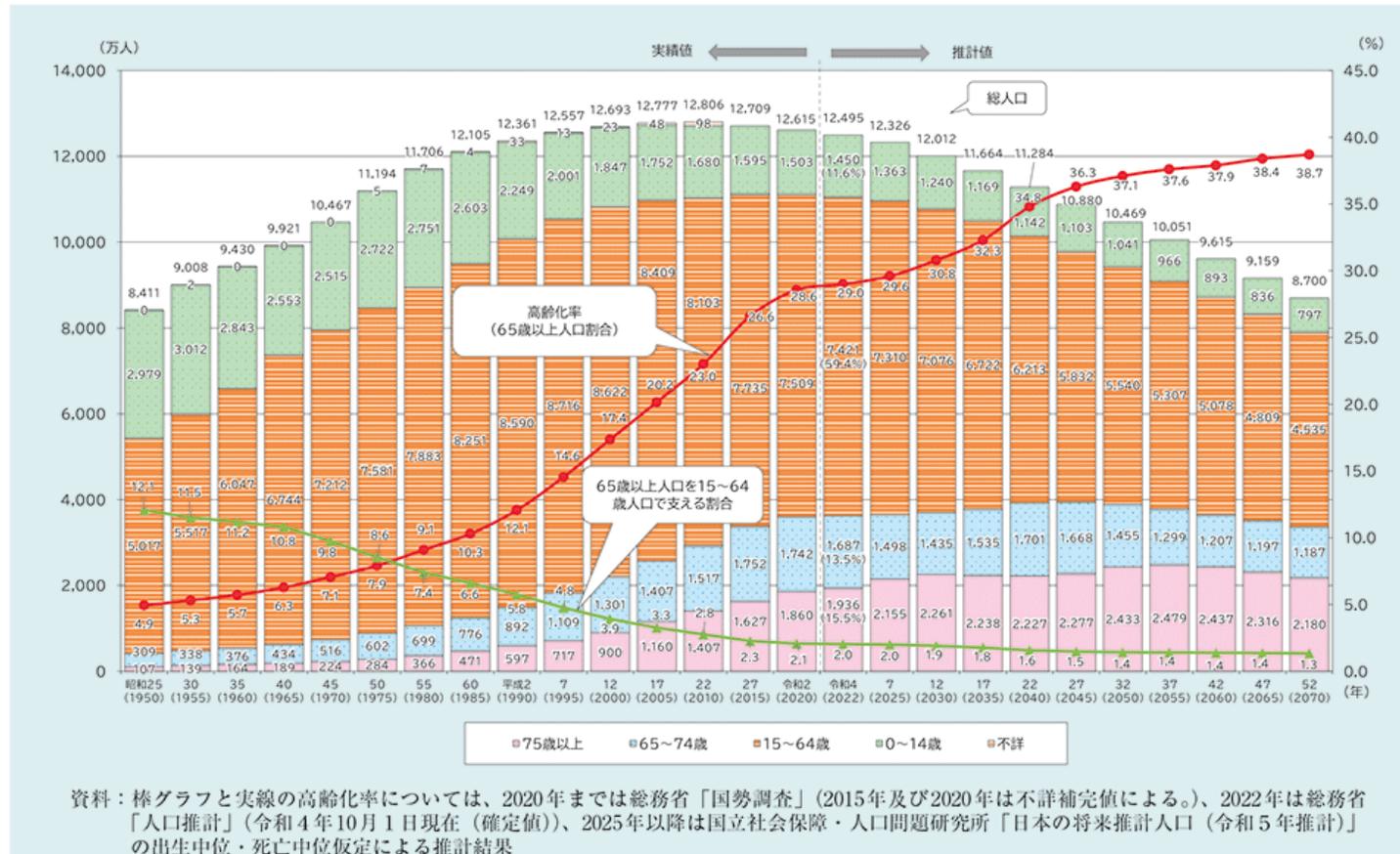




表3 高齢者人口の割合（上位10か国）（2022年）

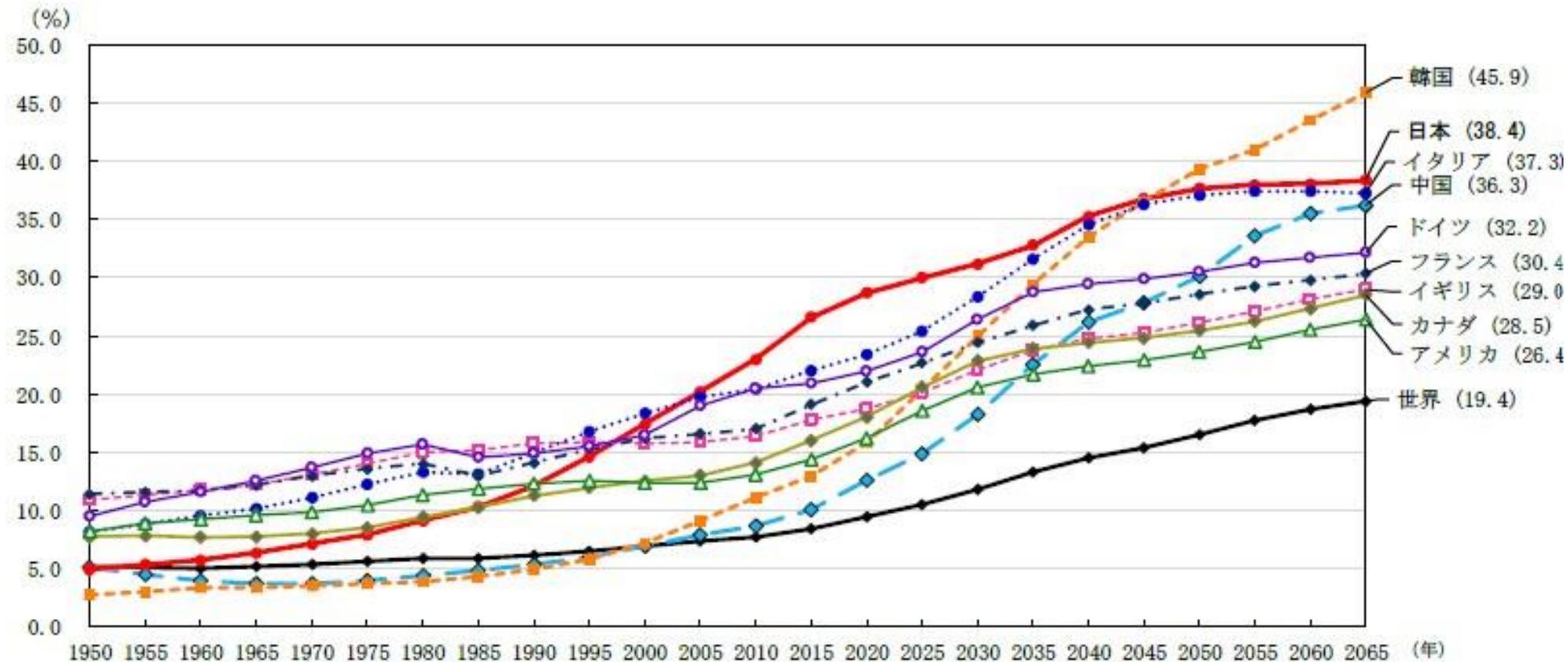
順位	国・地域	総人口 (万人)	65歳以上人口 (万人)	総人口に占める 65歳以上人口の割合 (%)
1	日本	12471	3627	29.1
2	イタリア	5904	1420	24.1
3	フィンランド	554	129	23.3
4	プエルトリコ	325	75	22.9
5	ポルトガル	1027	235	22.9
6	ギリシャ	1038	237	22.8
7	マルティニーク	37	8	22.8
8	ドイツ	8337	1869	22.4
9	ブルガリア	678	152	22.4
10	クロアチア	403	90	22.4

資料：日本の値は、「人口推計」の2022年9月15日現在

他国の値は、*World Population Prospects: The 2022 Revision* (United Nations) における将来推計から、人口10万以上の200の国及び地域の2022年7月1日現在の推計値



図3 主要国における高齢者人口の割合の推移（1950年～2065年）

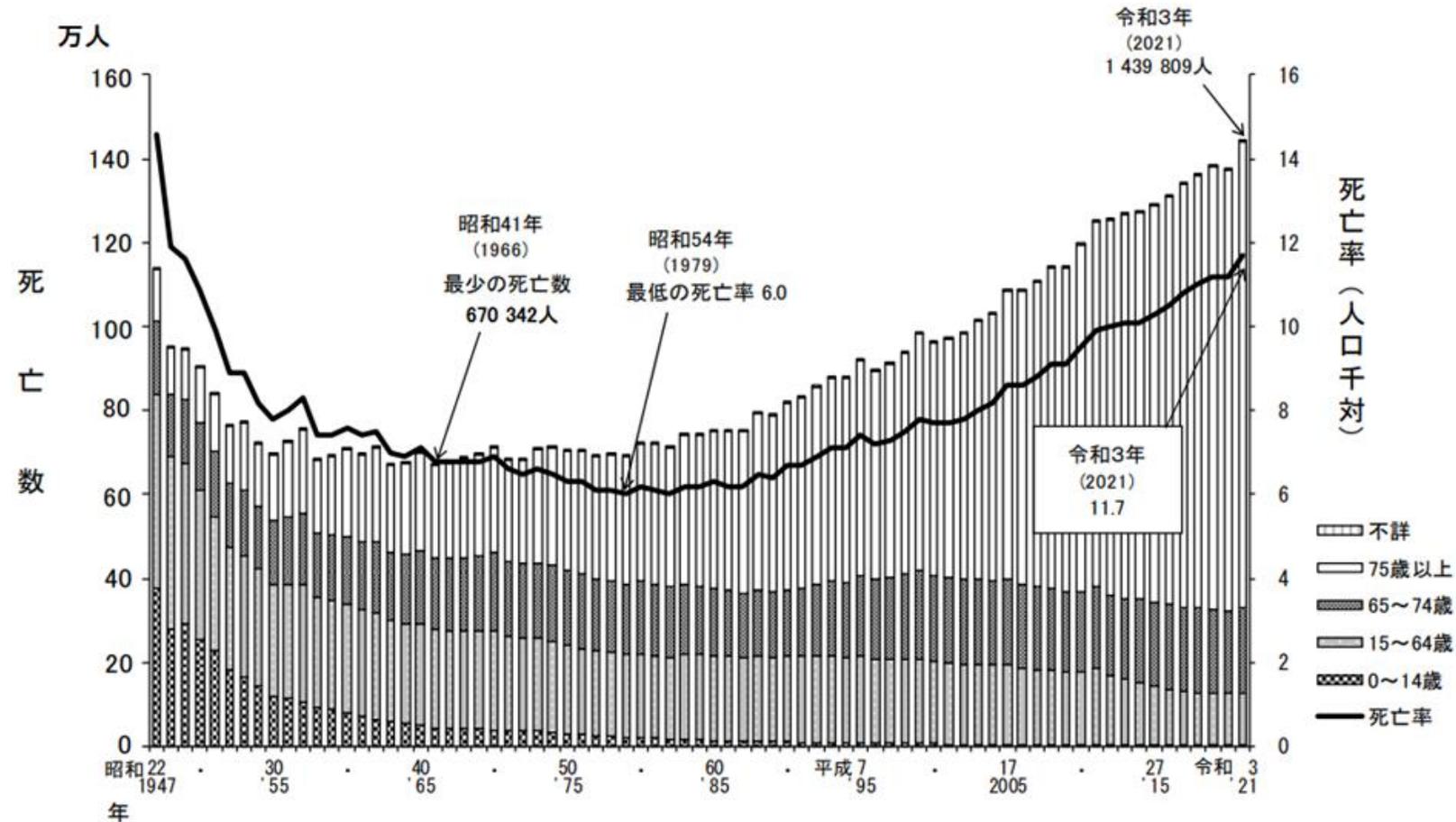


資料：日本の値は、2020年までは「国勢調査」の10月1日現在、2025年以降は「日本の将来推計人口（平成29年推計）」出生（中位）死亡（中位）推計（国立社会保障・人口問題研究所）の各年10月1日現在の推計値
 他国の値は、*World Population Prospects: The 2022 Revision* (United Nations) 各年7月1日現在の推計値



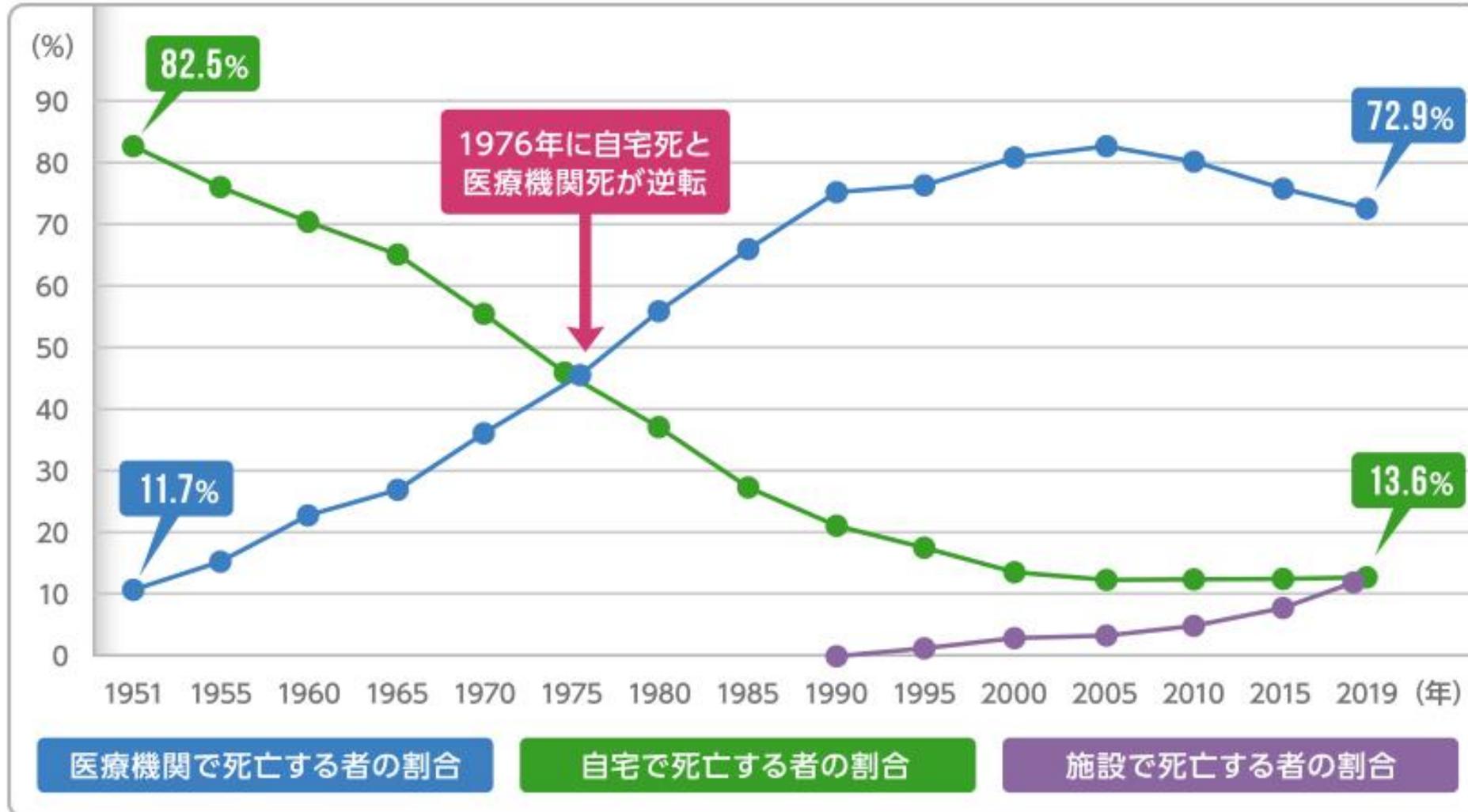
高齢者が増えらるとどうなるか？

図4 死亡数及び死亡率（人口千対）の年次推移





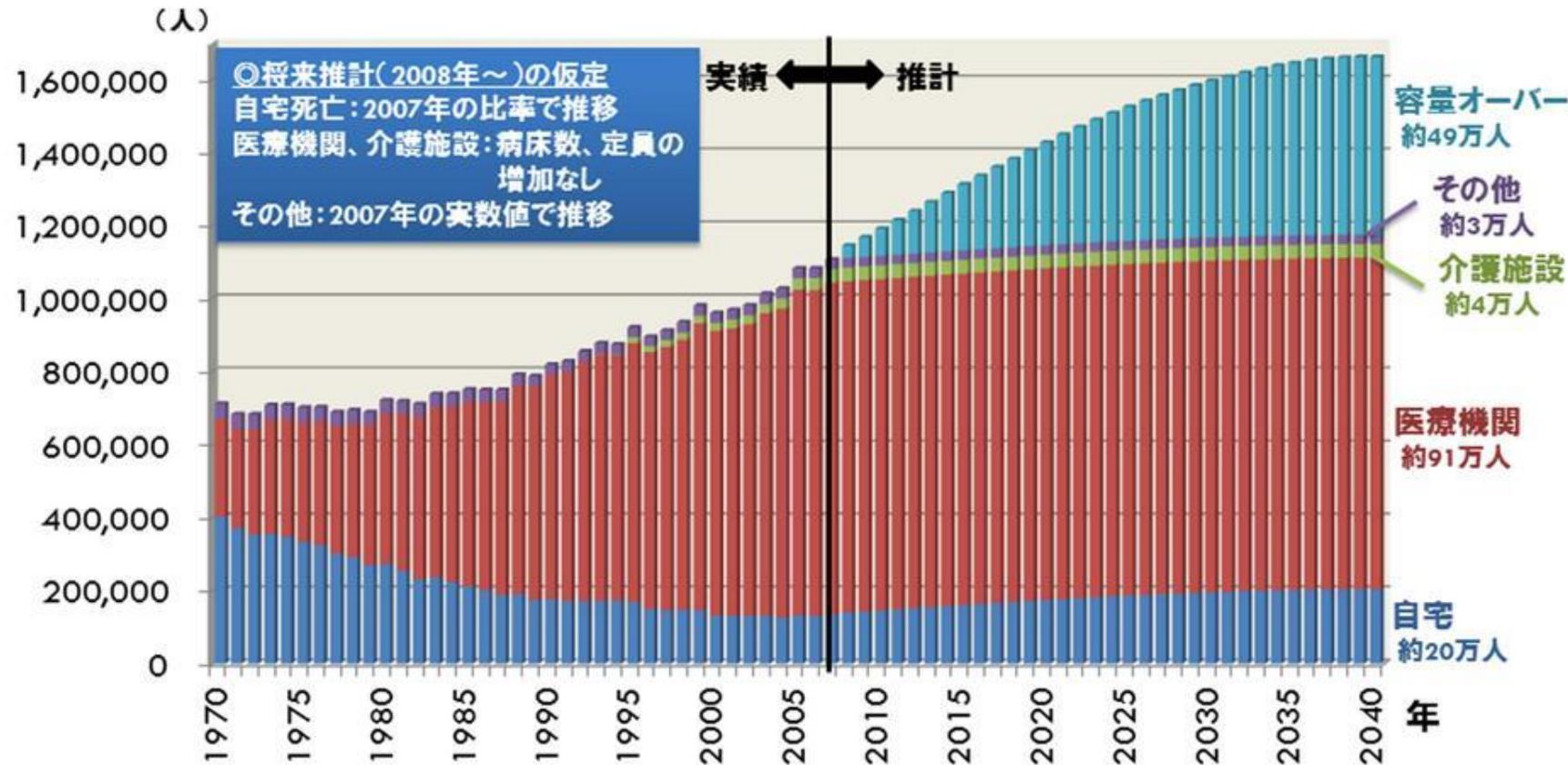
日本人はどこで亡くなっているのか





看取りの場所の確保が今後、必要

1976年に在宅死の割合と医療機関等での死亡の割合が逆転。2007年時点での医療機関死亡者数、介護施設死亡者数、自宅死亡者割合、その他の死亡者数のまま推移すると、2040年には約49万人分の看取りの場所が不足する見込み。



(出所)2007年までは「人口動態統計」、2008年以降は「将来人口推計」に基づき、推計

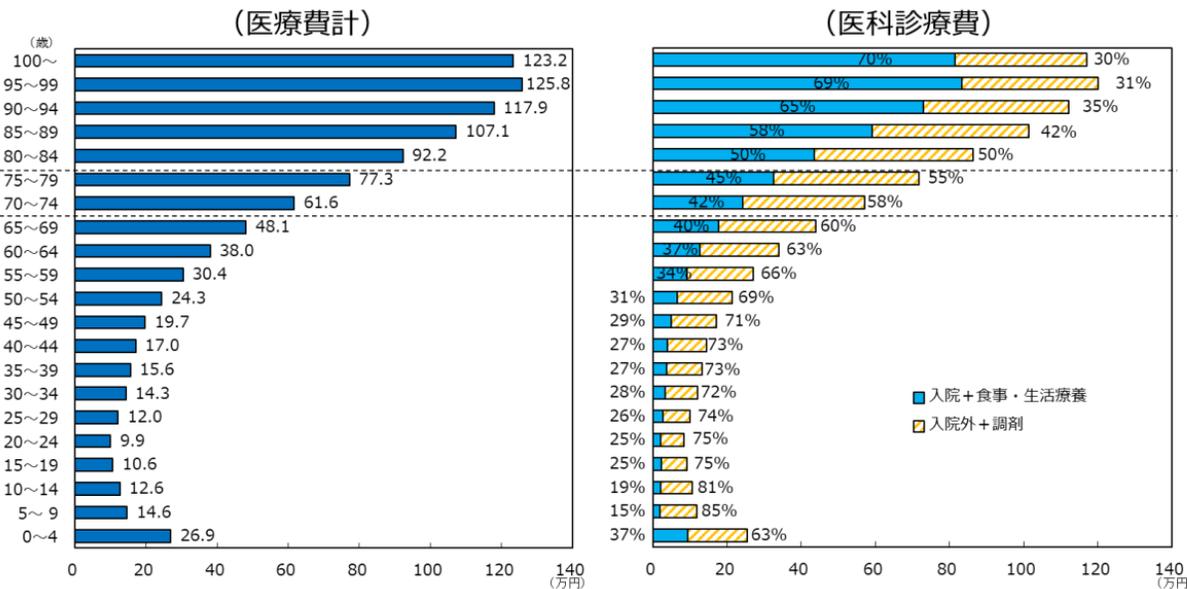


在宅医療は持続可能な医療・介護の要

- 病院中心の医療は「コスト・人員・ベッド数」に限界
- 在宅医療は費用効率が高く、本人・家族の満足度も高い
- 入院期間短縮・再入院率低下・医療費削減効果が報告されている
- 「医療から生活支援へ」——国の方針転換

年齢階級別 1人あたり医療費（令和4年度、医療保険制度分）

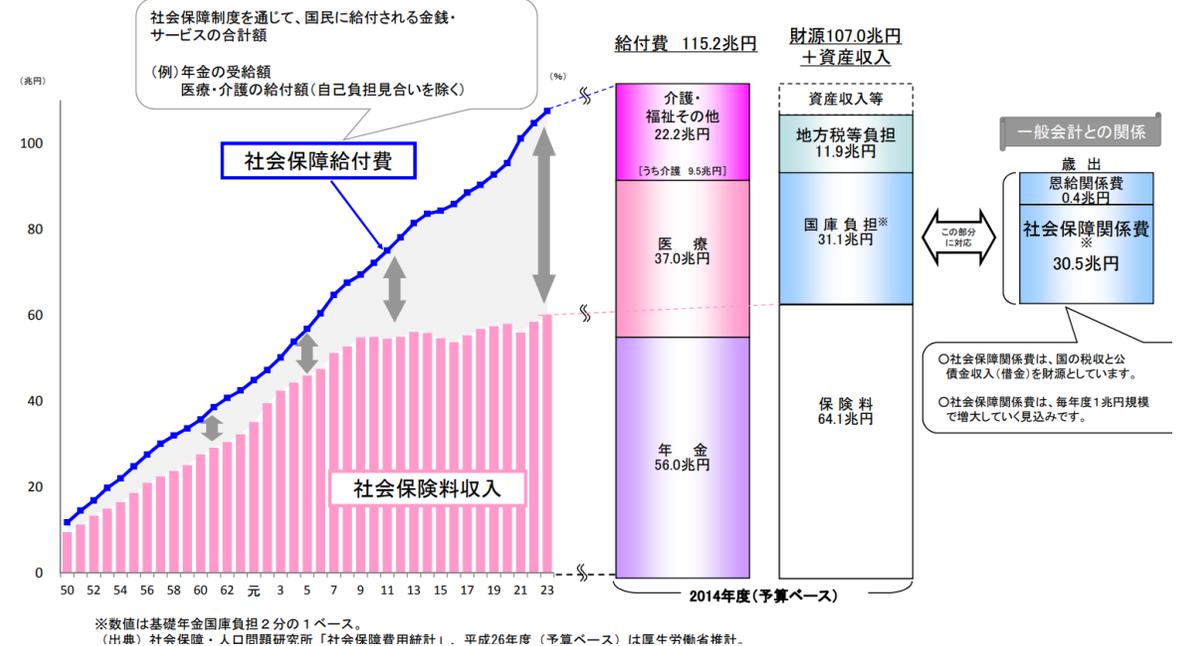
1人あたり医療費を年齢階級別にみると、年齢とともに高くなり、70歳代までは外来（入院外+調剤）の割合が高いが、80歳代になると入院（入院+食事療養）の割合が高くなる。



※ 「医療給付実態調査報告」（厚生労働省保険局）等より作成

年金や医療関係の給付と財政の関係

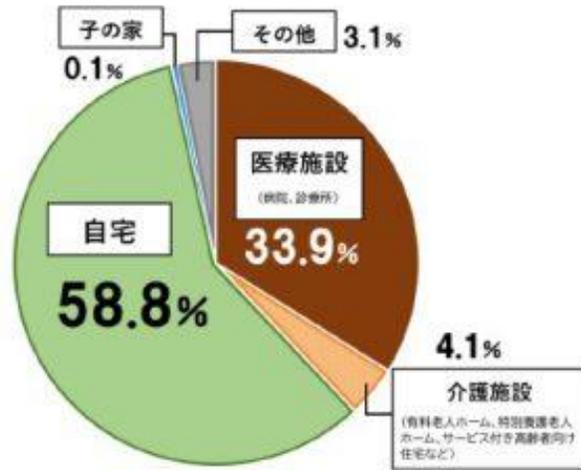
我が国では、高齢化の進展等にもなつて、社会保障給付費が大きく伸びてきています。一方で、社会保険料収入は、近年、横ばいで推移しており、社会保障給付費と社会保険料収入の差額は拡大傾向にあります。この差額は、主に国や地方自治体の税負担でまかなわれることとなります。



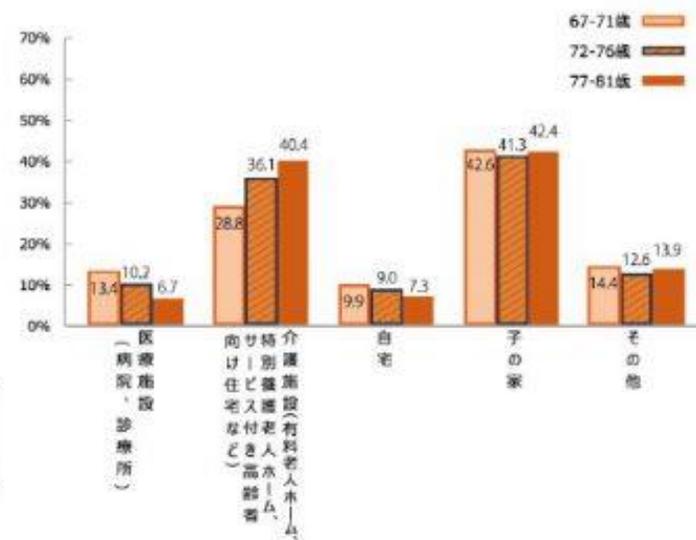


住み慣れた家で療養・看取りを望む人が増加

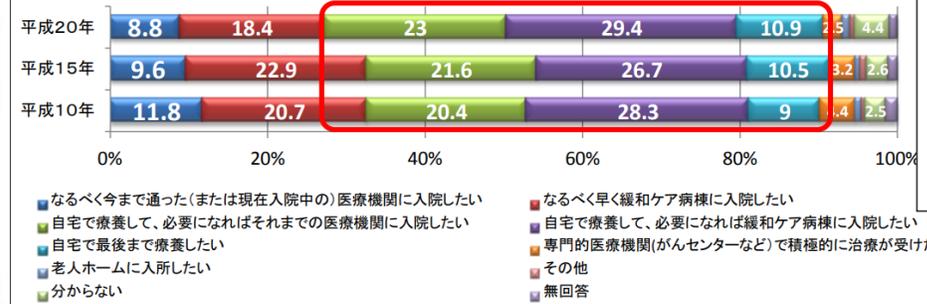
一番望ましい場所／67歳～81歳の当事者



絶対に避けたい場所／67歳～81歳の当事者



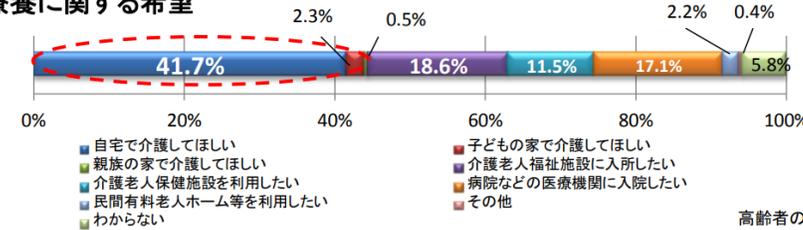
■ 終末期の療養場所に関する希望



○調査対象及び客体
 ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
 ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出
 ○調査の方法
 郵送法
 ○回収数
 2,527人(回収率50.5%)

出典：終末期医療に関する調査(各年)

■ 療養に関する希望



○調査対象
 全国の55歳以上の男女5,000人
 ○調査の方法
 調査員による面接聴取法
 ○標本抽出方法
 層化二段無作為抽出法
 ○回収数
 3,157人(回収率63.1%)

高齢者の健康に関する意識調査(平成19年度内閣府)¹⁰

日本財団の全国調査によると、「死期が迫っているとわかったときに人生の最期を迎えたい場所として『自宅』が58.8%」という結果が出ている。

厚労省調査：「最期を迎える場所」希望

→ 自宅55.2%、病院30%以下

QOL重視・本人や家族の生活の継続を支援する医療へのシフト

医療・介護連携により、自宅での療養選択が現実的に



なぜ今、在宅医療なのか まとめ

1. 日本の現状：超高齢社会の進行 → 看取りの場の確保
2. 社会的・経済的視点からの必要性 → 節約が必要
3. 患者・家族のニーズの変化 → 自宅が一番

「在宅医療」は、医療資源の制約を補い、
患者の“生き方”を支える、これからの医療のかたち。

「病院完結型から地域完結型へ」



当院における訪問診療の実際



鶴ヶ島在宅医療診療所について



【外来】

内科外科 一般外来 睡眠時無呼吸 糖尿病 リハビリ 耳鼻咽喉科

【入院設備】

19床 急性肺炎 骨折後のリハビリ お看取り 緩和医療

【訪問診療】

脳梗塞後遺症 神経難病 担癌 老衰

【訪問リハビリテーション】

※ 強化型在宅支援診療所 (救急指定ではない)



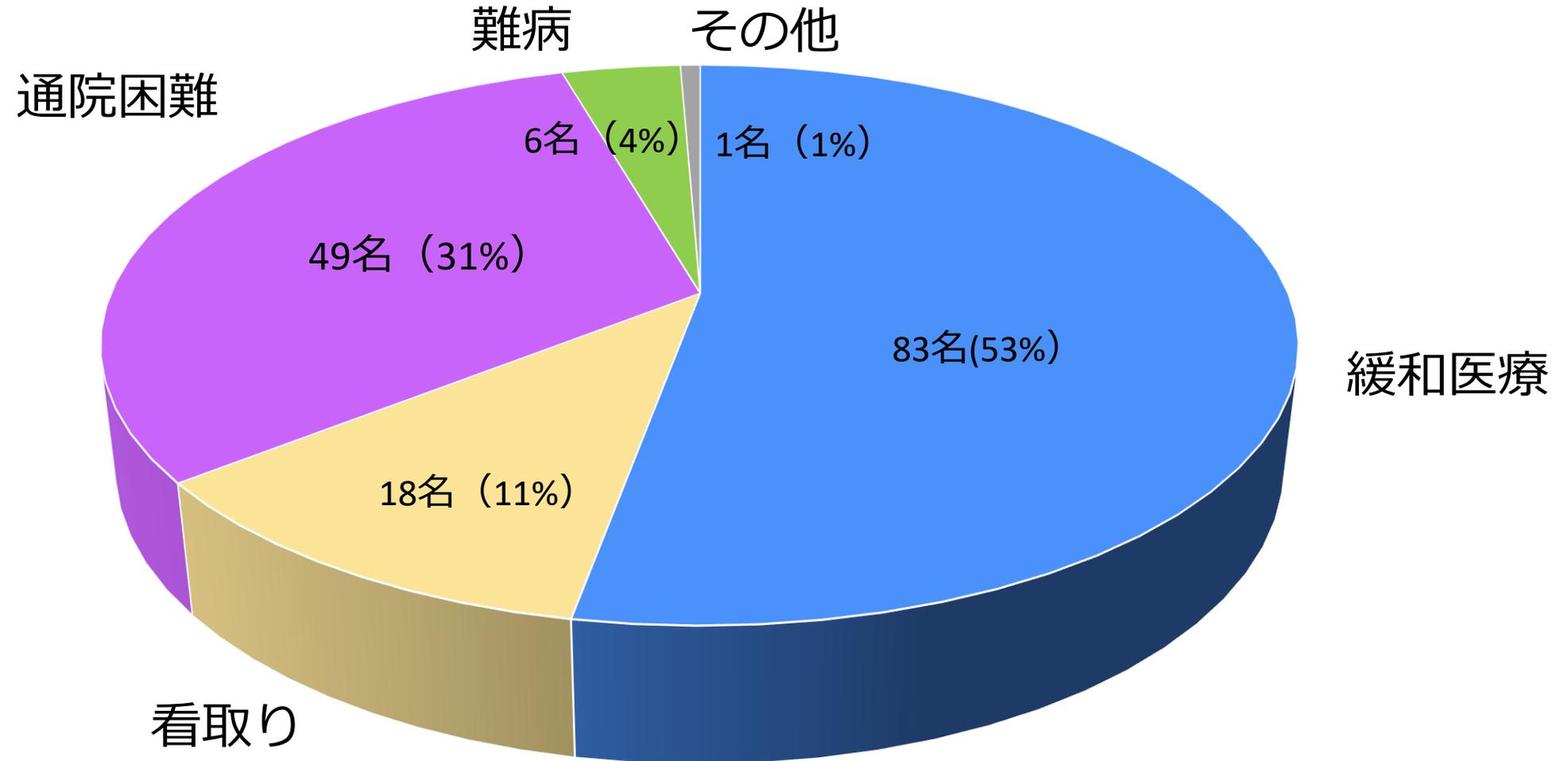
訪問診療の活動について

平成31年4月から令和2年3月までの1年間に関わった患者

項目	数値
年間総数	157名
自宅訪問者数	149名
施設訪問者数	8名
平均患者数（実人数）	63.2名
男女比	87 : 73
平均年齢	73.3歳

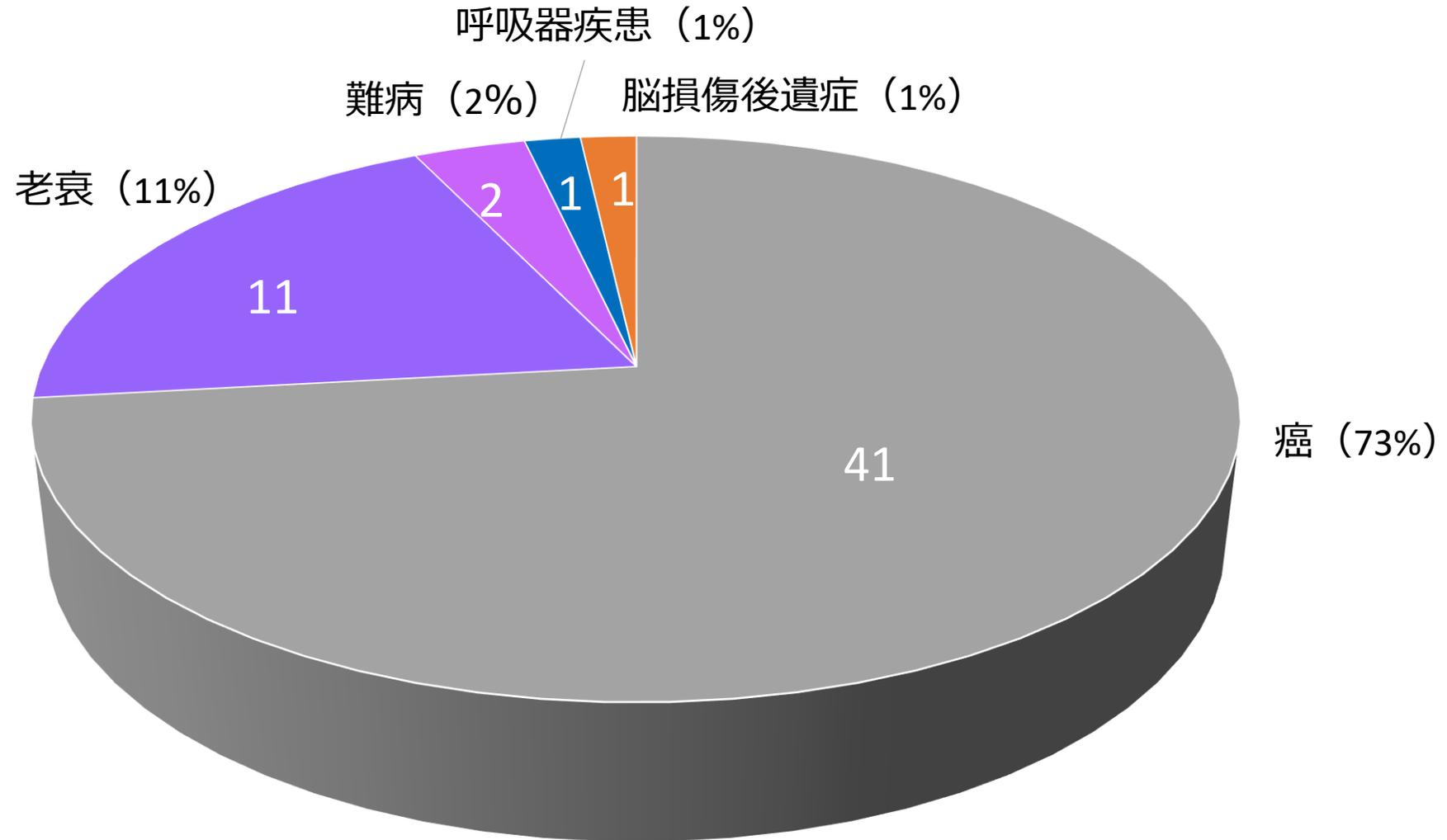


訪問診療の目的内訳





在宅看取りとなった患者の疾患別内訳





介護力と在宅看取りの関係

介護者	全体件数	看取り件数	在宅看取り件数	在宅完遂率 (%)
姉	1	0	0	0
弟	2	1	1	100
義妹	1	0	0	0
夫	12	5	1	20
妻	47	28	17	61
母	7	3	3	100
放置	1	0	0	0
子	44	23	13	57
2人以上の家族	27	20	17	85
嫁	5	3	3	100
施設	8	1	1	100
独居	2	1	0	0
合計	157	85	56	66



- 訪問診療開始理由は緩和目的（53%）、看取り目的（11%）で合計が60%を超えていた
 - ⇒ **在宅医療は看取りを見据えた緩和医療が必要とされている**
- 当院看取り件数 85件（在宅56件・診療所29件）診療所での看取りは34%であった
 - ⇒ **在宅で看取れなかった症例が34%存在することは後方ベッドは絶対的に確保しておく必要がある**
- 入院となった62件のうち55件（89%）は当院で対応できていた
 - ⇒ **19床の有床診療所は在宅医療を有用に支えることができる可能性がある**



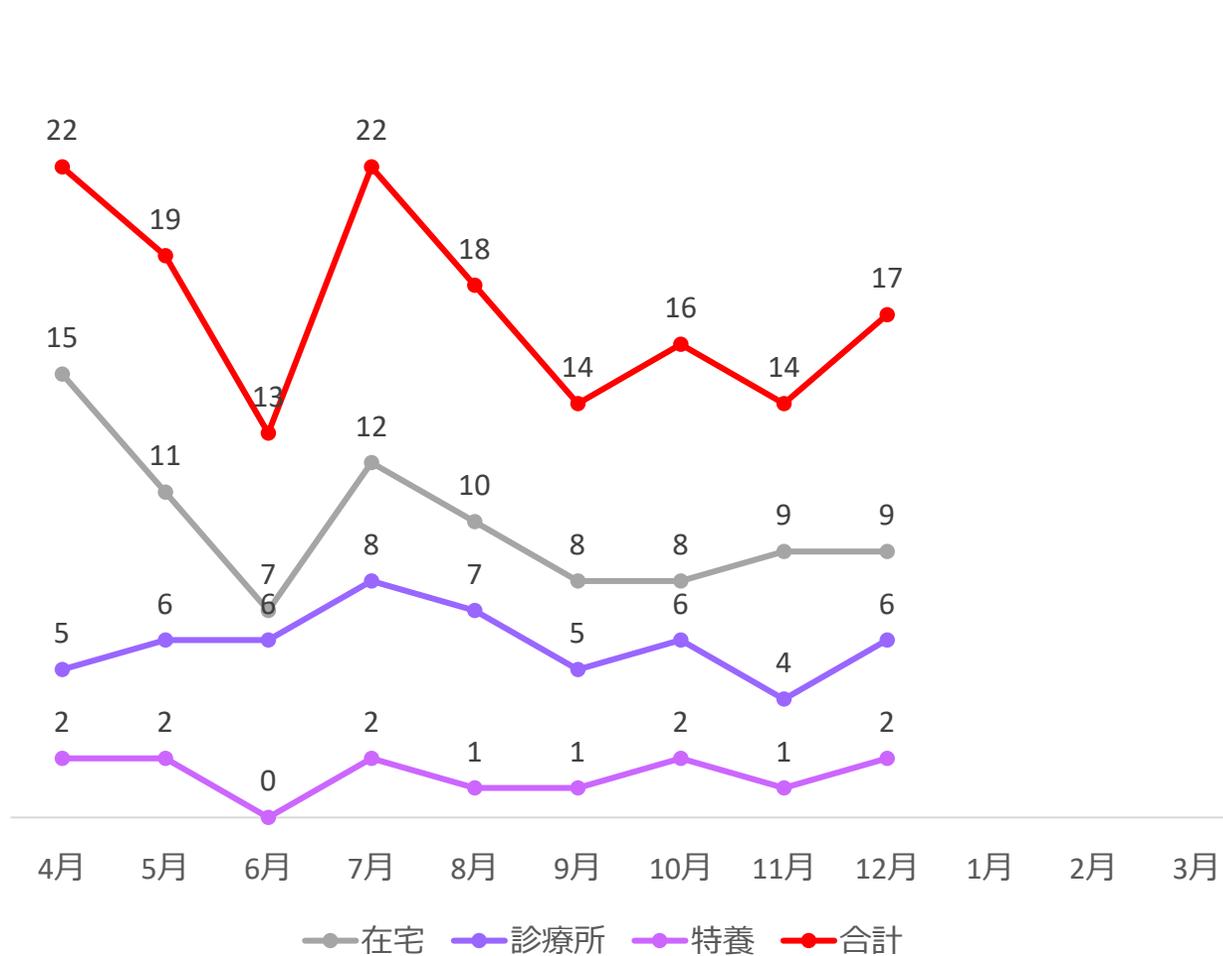
令和2年度に当院医師が行った お看取り件数

	診療所	特養A	特養B	老健	在宅	計
医師A	43	32	1	2	84	162
医師B	55	0	11	5	1	72
医師C	1	0	0	9	0	10
計	99	32	12	16	85	244

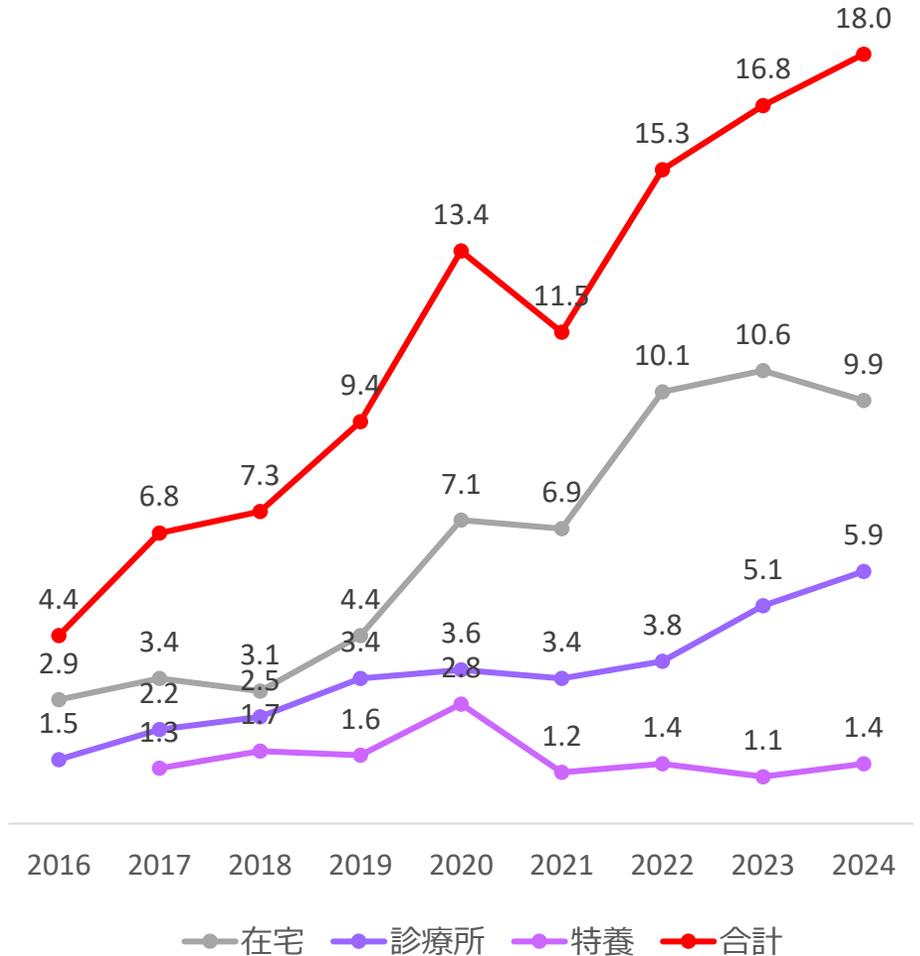


訪問診療部が行った看取り場所別実績件数推移 (2025年1月1日UPDATE)

場所別 看取看取り件数推移 (2024年度)



場所別 月平均看取り件数推移 (年度)



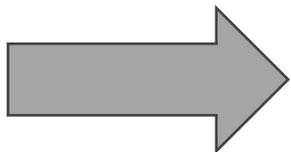


Advance Care Planningについて

有床診療所の訪問診療医として看取り・緩和について自身の経験から検討した

その際に関わった多くの人々が**死別（自分や他人の区別なく）に対して未経験であり**複雑に絡まる感情の整理に苦慮している（サポートの必要性多い）

一方で、経験者の中には死別後の生活に対して覚悟があり、死別による悲嘆に**セルフケアができて**いることもある（サポートの必要性少ない）



少子高齢化・多死社会において、経済的にも労働力的にもセルフケアの必要性が高まっているが、ACPの普及がいずれにおいても効果があるだろうと感じている



3 症例

症例1

癌の末期 80代 女性 もともと看護師（大きい病院の看護師長を務めた）

キーパーソン 50才前後 息子（未婚） 娘（海外勤務だが帰国）

いよいよ死期が近づいてきた → 苦しみたくないので麻薬による緩和を希望

キーパーソンの息子も納得の上で
モルヒネによる鎮痛・鎮静を開始した

麻薬がきいてきて穏やかに眠る母親をみて...

息子は母親がいなくなることの恐怖に耐えきれず麻薬を中止することを希望した

本人との約束であったが麻薬を中止せざるを得なかった

幸い本人は大きく苦痛を訴えることなく、子供たちの介護の元で翌々日に静かに息を引き取った

息子も納得し麻薬による鎮痛・鎮静を行ったがいよいよ母親の死期が迫ると麻薬を中止せざるを得なかった



症例2

高齢施設入所中 90才代 男性 認知症あり
キーパーソンは遠縁の親戚

入浴中に窒息しているところを発見され救急要請された

救急隊による蘇生行為を継続し救急病院へ搬送された

心臓マッサージの結果、心拍再開したが低酸素による臓器障害、低酸素脳症により徐々に状態悪化し搬入より約10時間後に息を引き取った

遠い親戚しかいない高齢者の心肺停止時に行わざるを得ない蘇生行為。
受け入れ病院での救急外来の4時間ルールについて。



症例3

90才後半 女性

誤嚥性肺炎後に在宅復帰困難となり在宅医療診療所へ転入となった
経口摂取はわずかに可能ではあるが全介助・ベッド上の生活
会話は可能であるが支離滅裂で意思決定は不可能

キーパーソンは60代長男

可能な範囲で経口摂取をすすめ緩やかに脱水となることを目指すと
眠るように静かな最後を迎えられる

しかし息子はCVポート(高カロリー輸液)を希望された
できる限りのことをしてあげたい・でないと後悔する

禁飲食で24時間点滴となり療養型の病院へ転院となった

認知症・廃用にて弱った母親に対して自分の罪悪感を中心に考える息子



いままでは命が一番大事
命より大切なものはないと言われていた

病院で最後まで命をあきらめない

家族がくるまで心臓マッサージ
気管挿管・場合によっては人工呼吸器

いまはできるだけお家でお看取りしましょう

そんなこと突然言われても...
なんで病院じゃだめなの？
せめて点滴くらいしてよ
老衰ってなんだよ、命を年齢で差別するのか？
この病院は命を諦めるのか？

そのギャップどうしたらいいの？



社会全体で死生観を
整えるしかないのでは？

社会全体で死生観が整わないと看取りができないという現状を訴えている



ACPのタイミング

サプライズクエスチョンなども言われているが当院では依頼目的に関わらずほぼ全員に対して訪問診療開始時に行っている

SNS（メディカルケアステーション）に記載し訪問看護・ケアマネージャーなどと情報を共有

聞き方 → 本人の心情を配慮し聞けない時もある

「予想できない脳梗塞・心筋梗塞などですでに心肺停止・呼吸停止で発見された場合、蘇生行為を希望するか」など現病以外の不測の事態として話をする

もし助かっても現在の状態よりも元気で帰ってくることはないこと
集中治療室での治療・リハビリは大変な苦痛を伴うこと
治療を受けるのは家族ではなく本人であること

ACPとはそもそも自分の死にざまを決めること

それには必要な情報が足りていない

在宅医療とはどんな感じ？

介護される生活とはどんな感じ？

施設での生活はどんな感じ？

家での最後はどんな感じ？

病院での最後はどんな感じ？

そのとき家族はどんな感じ？

すべてを知っている人は医療者でもない
それなのにどうしたいかを選択していかなければならない



ACPのときに気をつけていること

現在のACPの考え方では命はあくまでも本人のものであること

急変時についキーパーソンに対してどうしたらよいですか？と聞いてしまう

キーパーソンがどうしたいか、本人がどうあってほしいか ではなく
「本人がもし意識があるとしたらなんとするか代わりに教えてください。」
ということ

ただし、遺族のグリーフケアの一環でもあるので強く否定はしない



高齢化とは病気の人が増える

急性期
病院

あとはケアでしょ
とにかく早く帰しちゃえ

介護施設でも
医療的需要が
高まる

ACPが整っていないと進まない？

最初から
どうやったら帰せるか
を考える

医療度が高いとみれないよ
無理でしょ

地域

在宅・施設など生活の場

どうやったら
受け取れるか
を考える



2040年に向けできること

急性期でも在宅でも

お看取りを見据えて

高齢者をどう支えていくのか

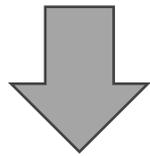


看取りと訪問栄養食事指導



死ぬ本人にとってよいお看取りとは

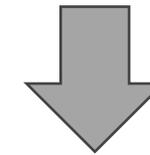
最後まで自分らしくいたい



ピンピンコロリ

健康寿命の延伸

できるだけ苦しめないように



眠るように

緩和ケアの充実

ACPの普及



健康寿命の延伸と訪問栄養食事指導



健康寿命延伸のメリット

1. 医療・介護の負担軽減（費用・人材の観点）

● 医療費・介護費の急増が続いている

- 厚生労働省「国民医療費（令和4年度）」によると、医療費は **46.3兆円**（前年比+1.9兆円）に達している。
- その約60%が65歳以上の高齢者に集中している。
- 要介護認定者数も約700万人を超え、介護給付費は **約12兆円規模**（令和5年度見込み）。

**健康寿命を延ばすことで医療・介護の重度化を遅らせることになり、
社会保障費の増加を抑制できる。**



健康寿命延伸のメリット

2. フレイル・生活習慣病予防の観点

● 健康寿命を縮める最大要因は「生活習慣とフレイル」

- 要支援・要介護の原因の約30%が「フレイル・虚弱・転倒骨折」などの加齢関連要因。
- 厚労省の「健康日本21（第3次）」では、**フレイル・サルコペニア予防と社会参加**を重視している。
- 特に**栄養・運動・口腔機能の維持が健康寿命延伸の鍵**とされている。

「自立して生活できる期間」を延ばすことが、
寝たきりや要介護化を防ぐ最も有効な戦略といわれている。



健康寿命延伸のメリット

3. QOL（生活の質）・社会参加の観点

● 健康寿命の延伸 = 生きがい・社会参画の維持

- 「健康でいきいきと暮らすこと」は、個人の幸福度を高め、孤立防止・認知症予防にもつながる。
- 地域包括ケアの理念では、「住み慣れた地域で最期まで暮らす」を支えることが目標。
- 健康寿命が長い地域では、**地域活動やボランティア参加率、主観的幸福度も高い**というデータがある。

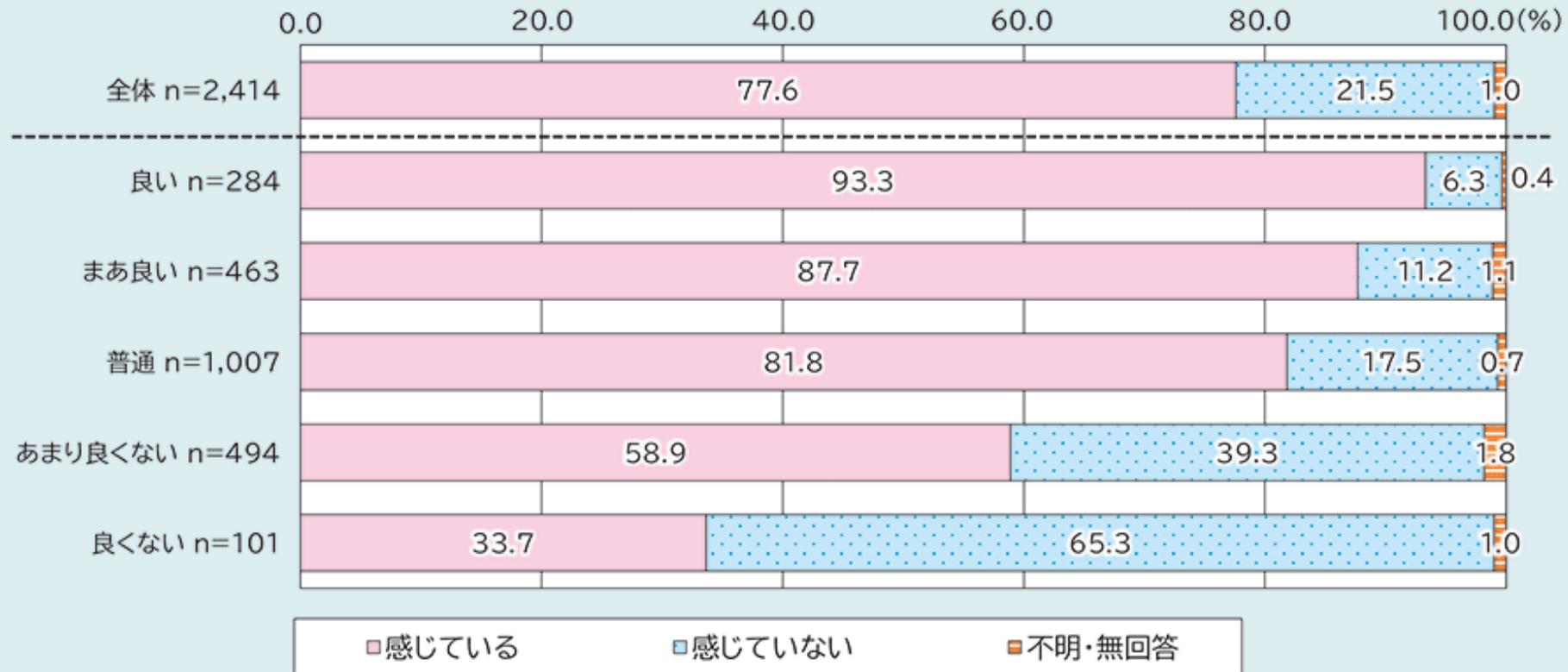
健康であることは、“**自分らしく生きること**”の基盤である。



健康であればあるほど生きがいを感じる

図 1-3-1-8

健康状態別生きがい（喜びや楽しみ）を感じているか（択一回答）



(注) 四捨五入の関係で、足し合わせても100.0%にならない場合がある。



健康寿命延伸のメリット

4. 社会経済的な持続可能性の観点

● 少子高齢化社会では「生産年齢人口の減少」が課題

- 働ける高齢者（元気高齢者）の社会参加が、経済・地域活性化に寄与するといわれている。
- 健康寿命を延ばすことで、「支える人」から「支えられる人」への転換を遅らせられる。
- 経済産業省の「健康経営」政策でも、“健康は最大の資本”と明記されている。

健康寿命の延伸は、社会保障の“支える構造”を維持する鍵。



訪問栄養食事指導の必要性

1. 医学的・生活的な必要性

● 在宅療養者の多くが「低栄養」または「摂取困難」

- 在宅高齢者の約3～4割が**低栄養リスク**（BMI<20、血清アルブミン低値）といわれている。
- 疾病や加齢による嚥下・咀嚼機能低下、食欲減退、孤食などが背景にある。
- これらを放置すると、**フレイル・褥瘡・感染症**を引き起こすことになる。

● 適切な栄養管理が「再入院率・医療費」を減らす

- 栄養状態が改善すると、**褥瘡治癒率・免疫力・リハビリ効果が上がる**。
- 医療機関のデータでも、在宅栄養介入によって**再入院率が約20～30%減少**するとの報告がある。



訪問栄養食事指導の必要性

2. 現場での効果と実例

- 食事量が少なかった利用者が、嚥下調整や補助食品導入で体重増加。
- 血糖コントロール悪化していた糖尿病患者が、訪問栄養指導後に**HbA1cが改善**。
- 家族への食支援方法指導により、介護負担軽減・調理時間短縮。

こうした成果は、単なる食事指導を超え、
「生活全体の質を支える支援」
として評価されている。



「生活全体の質を支える支援」とは

「生活全体の質（QOL）」とは何か

QOL（Quality of Life）は単なる健康状態ではなく、その人が望む生活を、その人らしく送れているかを指す。

栄養状態が改善することで

- **体力・気力の回復** → 外出・交流が増える
- **食事の楽しみが戻る** → 心理的満足度向上
- **家族関係の改善** → 食卓を囲む時間の増加

など、**身体・心理・社会的な側面**すべてに波及していく。



- 食事量が増えて、デイサービスや買い物に再び行けるようになった
- 嚥下調整食を工夫したことで「家族と同じ食卓を囲めるようになった」
→ これがまさに「生活全体の質（QOL）を支える支援」

訪問栄養食事指導の目的は、
“**食事を変える**”ことではなく、“**生活を取り戻す**”こと

体重や検査値の改善は、
その先にある“**その人らしい生活を支える**”ための手段



緩和ケアと訪問栄養食事指導



緩和ケアにおける「食べる支援」の位置づけ

- 緩和ケアの目的

「痛みや苦痛を和らげ、患者と家族のQOL（生活の質）を向上させること」

- 栄養介入の目的は寿命の延長ではなく

“その人が望む生活を支えるための栄養”
“苦痛なく、できるだけ自然に食べる支援”



訪問栄養食事指導の意義（緩和ケア領域）

(1) 食べることの安心を支える

- 食欲低下・味覚変化・嚥下困難など、がん治療や疾患による症状を踏まえた食支援。
- “無理に食べる”のではなく、“食べられる範囲で楽しむ”を重視。

(2) 家族への心理的支援

- 看取り期では緩やかに脱水になっていくと穏やかな最後を迎えられることが多い。
- 家族は「食べられない＝死が近い」と受け止めやすく、強い不安を抱える。
- 管理栄養士が「今の状態で必要な栄養・量」を説明することで、**罪悪感や不安を軽減**。

(3) 多職種連携の一員としての役割

- 医師（緩和医療・在宅医）
- 看護師（症状・服薬管理）
- 薬剤師（副作用管理）
- 管理栄養士（食支援）
→ チームで患者・家族の「生活と死別への準備」を支える。



栄養介入の基本的考え方（緩和ケア期）

状況	栄養ケアの方向性
疾患進行初期	栄養状態維持・体力温存を重視
食欲低下・倦怠感期	食べやすさ・好み重視、補助食品併用
終末期（看取り期）	無理せず「口から味わう」支援、家族への心理的説明



「食べることは、生きること」

緩和ケアでの栄養支援は、“命を延ばす”ためではなく、
“その人らしい時間を支える”ためにある。



まとめ

**少子超高齢社会を生きていくためには
いろいろと考えておく必要がある**

**地域完結型の医療を目指すには地域全
体で協力していくことが大事である**

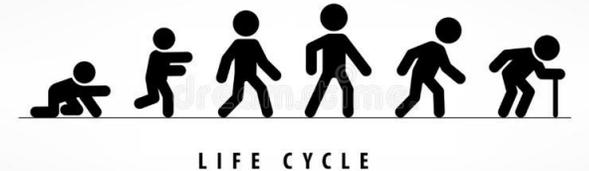
地域完結型の医療 を皆でささえる





本当に良い地域医療とは

それぞれのライフステージに応じてその時に一番合った医療を提供できること



多職種間で本当の意味でよいコミュニケーションを持つことで
本当のその人が見えてくる...





ご清聴ありがとうございました